

DE L'EXTIRPATION N^o 113.

DE

LA GLANDE PAROTIDE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 16 juin 1828, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine;*

P^{RR} ANTOINE-AUGUSTE PILLET, de Lyon,

Département du Rhône,

Ex-Élève interne de l'hôtel-Dieu de Lyon et de l'hospice de la charité
de la même ville.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n^o. 13.

1828

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, DOYEN.	MESSIEURS.
Anatomie.....	CRUVEILHIER.
Physiologie.....	DUMÉRIL.
Chimie médicale.....	ORFILA.
Physique médicale.....	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale.....	GLARION, <i>Examineur.</i>
Pharmacologie.....	GUILBERT.
Hygiène.....	ANDRAL, <i>Suppléant.</i>
Pathologie chirurgicale.....	{ MARJOLIN.
	{ ROUX.
Pathologie médicale.....	{ FIZEAU, <i>Examineur.</i>
	{ FOUQUIER, <i>Examineur.</i>
Opérations et appareils.....	RICHERAND, <i>Président.</i>
Thérapeutique et matière médicale.....	ALIBERT.
Médecine légale.....	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.....	DESORMEAUX.
Clinique médicale.....	{ CAYOL.
	{ CHOMEL.
	{ LANDRÉ-BEAUVAIS.
	{ RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale.....	{ BOUGON.
	{ BOYER.
	{ DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens.....	DÈNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT,
LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

MESSIEURS	MESSIEURS.
ARVERS.	GIBERT.
BAUDELOQUE.	KERGADEG.
BOUVIER.	LISFRANC.
BRESCHET.	MAISONABE.
CLOQUET (Hippolyte).	PARENT DU CHATELET.
CLOQUET (Jules).	PAVET DE COURTEILLE.
DANCE.	RATHEAU, <i>Suppléant.</i>
DEVERGIE.	RICHARD, <i>Examineur.</i>
DUBOIS.	ROCHOUX, <i>Examineur.</i>
GAULTIER DE CLAUDEBY.	RULLIER.
GÉRARDIN.	VELPEAU.
GERDY.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M A M È R E.

Hommage de reconnaissance et d'amour filial.

A MON ONCLE,
EUGÈNE DESCHAMPS.

Amitié inaltérable.

A MONSIEUR GENSOUL,

Chirurgien en chef de l'hôtel-Dieu de Lyon.

Vous avez guidé mes premiers pas dans la carrière médicale ; je vous dois l'hommage de cet essai , agréez-le , je vous prie , comme un faible témoignage de ma reconnaissance et de mon attachement.

ANT. - AUG. PILLET.

DE L'EXTIRPATION

DE

LA GLANDE PAROTIDE.

Si l'on parcourt les différens recueils d'observations publiés par les chirurgiens allemands ou hollandais les plus célèbres, dans le courant du XVIII^e. siècle ; si l'on ouvre quelques traités de chirurgie antérieurs à l'époque que j'indique , dans tous on est étonné de trouver des exemples d'ablation de la glande parotide : quelques auteurs s'étendent même avec complaisance sur les différens procédés opératoires que l'on pourrait mettre en usage pour l'enlever. En résumé, il n'est pas un seul d'entr'eux qui ne dise avoir pratiqué lui-même ou vu pratiquer l'opération dont il s'agit. Mais si l'on porte des regards attentifs sur ces histoires particulières , la confiance que les noms de leurs auteurs imposaient diminue, et l'on est porté à penser, avec *Richter*, que le silence de plusieurs d'entr'eux sur les parties intéressées dans cette opération doit faire présumer que l'on a cru souvent enlever la glande parotide squirrheuse pendant que l'on n'enlevait que des glandes lymphatiques engorgées situées sur elle. C'est le cas de toutes les observations rapportées par *Verduin*, *Gooch*, *Behr*, *Palsin*, *Scultet*. Cette opinion est encore confirmée par les préceptes de *Garengot*, qui annonce que jamais l'ablation des glandes salivaires n'est suivie d'hé-

morrhagie, et qui regarde en conséquence comme absolument inutiles les moyens hémostatiques que l'on pourrait préparer avant l'extirpation de ces glandes. Ces préceptes généraux sont éminemment faux, ils conduiraient aux plus étranges erreurs, aux accidens les plus funestes, si l'opérateur les suivait et s'il ne prenait pour guide les connaissances anatomiques les plus précises.

Mais si l'on rejette l'authenticité de ces opérations, du moins comme ablations totales de la parotide, que doit-on penser lorsque les auteurs joignent à de grandes connaissances chirurgicales des connaissances profondes en anatomie et rapportent des faits analogues? Que penser des rapports de *Heister*, qui, le premier, a donné des idées précises et exactes sur cette opération, et qui cite, comme preuve de sa possibilité, l'histoire de ce malheureux étudiant, qui mourut, trois jours après l'extirpation de cette glande, d'une hémorrhagie produite par la blessure de l'artère carotide, hémorrhagie que l'opérateur, effrayé, ne put pas ou n'osa pas arrêter? (1) Que penser des témoignages d'*Acrell* et de *Siebold*? Le premier a consigné, dans un recueil d'observations de chirurgie faites à l'hôpital de Stockholme, l'histoire d'une opération de ce genre. « J'ai eu, dit-il, occasion d'extirper une parotide squirrheuse d'une grosseur remarquable; il survint une hémorrhagie fournie par les branches de la carotide, et que j'arrêtai par l'application d'agaric. » (2) Le second dit avoir extirpé cette glande avec le plus grand succès. Après l'opération on voyait l'enfoncement qu'occupe une partie de la parotide, qui est comme renfermée entre le méat auditif, l'apophyse mastoïde et le muscle sterno-mastoïdien. (3) *Siebold* fils porta le doigt entre le muscle digastrique et le stylo-hyoïdien, et l'appliqua ensuite sur le tronc de la carotide externe, dont il sentit fortement les pulsations. Plusieurs

(1) *Commercium litterarium*. Norimbergæ, ann. 1733, p. 61.

(2) *Comment. Lepsiaë*, Supplem., p. 659.

(3) *Car.-Gasp. Siebold*, Parot. scirrhus. felic. extirp. historia. Erfurti, 1781.

assistans touchèrent également le vaisseau. (1) Que conclure enfin de l'observation de *Souscrampes*, consignée dans le 84^e. volume du Journal de médecine? Tous ces faits sont rejetés, je le sais, par la majeure partie des chirurgiens; un célèbre professeur de cette école nie même que l'on ait jamais enlevé la glande parotide; tous sont généralement convaincus que ce sont des ganglions lymphatiques que l'on a enlevés, et que la parotide comprimée, presque atrophiée et recouverte par le bord postérieur de la mâchoire, a échappé à l'action du bistouri. L'on cite à l'appui de cette opinion une observation du professeur *Boyer*, dans laquelle ce praticien rapporte qu'ayant enlevé une tumeur du volume du poing, située sur la région parotidienne, il pénétra à une telle profondeur, et lia un si grand nombre de vaisseaux, qu'il crut avoir enlevé la parotide; mais en explorant avec soin toute la surface de la plaie, il reconnut très-distinctement cette glande qui était restée intacte derrière le bord postérieur de la mâchoire.

Frappé de cette divergence d'opinions sur un sujet dont la solution paraissait, en apparence, si simple; étonné que des chirurgiens célèbres missent en doute la possibilité de cette opération; que d'autres semblassent s'excuser, dans une écrit moderne, d'avoir cru naguère qu'elle fût praticable, parce que, depuis, ils se sont éclairés, disent-ils, par quelques observations, par des recherches d'anatomie pathologique et par l'analyse critique de plusieurs écrivains contemporains, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt, dans l'état actuel de la science, de rappeler de nouvelles opérations pratiquées par des chirurgiens habiles, dont la bonne foi ne saurait être suspectée; et d'indiquer les recherches d'anatomie pathologique exactement recueillies quand les malades ont succombé, afin de jeter un peu de lumière sur ce point de médecine opératoire.

Mettant donc de côté toutes les observations rapportées sur les ex-

(1) *J.-B. Siebold*, *Histor. systemat. saliv. Jenæ*, 1797.

tirpations de la glande parotide pendant le siècle qui vient de s'écouler, puisque toutes, sans exception, pourraient fournir matière à de longues discussions; il me resterait encore un assez grand nombre de faits à rassembler en témoignage de l'opération que je soutiens ici. Personne, je le pense, ne contestera l'authenticité de l'opération pratiquée en 1823, par *Béclard*. Le malade mourut peu de jours après, et il fut possible à tous les assistans de reconnaître si le chirurgien s'était trompé. L'année suivante, l'ablation de la parotide fut également pratiquée, mais avec succès, à Lyon, par M. *Gensoul*, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de cette ville. Elle le fut encore par le même praticien, en 1826, sur une femme de Grenoble. Je rapporterai plus bas ces deux observations, qui doivent servir à étayer le fait isolé qu'avait publié *Béclard*.

Je pourrais me borner à ces trois exemples, qui seuls me sont parfaitement connus; mais puisque je veux mettre hors de doute la possibilité de l'ablation de la parotide, et que, depuis, de nouvelles extirpations de cette glande ont été tentées avec succès en France, en Angleterre et en Allemagne, je ne peux passer sous silence les noms de leurs auteurs. J'avouerai cependant que la première opération qui se présente à ma vue, et qui a été pratiquée par *Klein*, chirurgien très-distingué de Stuttgart (1), ressemble beaucoup, quant à la description que l'on fait de la tumeur, à toutes celles que l'on trouve décrites dans les traités d'opérations de *Scullet* et de *Verduin*. Une femme de soixante-dix ans en fut le sujet. La tumeur s'étendait depuis l'oreille jus qu'à l'épaule. Toutes les branches du nerf facial furent coupées, on découvrit une portion du masseter; l'artère carotide et le nerf de la huitième paire furent mis à nu; on écarta le muscle sterno-mastoïdien, qui avait été disséqué, et les artères temporale, maxillaire externe et auriculaire se trouvèrent aussi divisées, ainsi que quelques branches artérielles du cou; les plus grosses branches de ces

(1) Journal für chirurgie herausgegeben, par *Grafte* et *Walther*.

artères furent liées , et l'hémorrhagie ne fut pas très-abondante. L'opération eut un résultat si favorable, qu'au commencement de la troisième semaine la plaie était cicatrisée.

L'on pourrait peut-être adresser, et avec autant de justice, des reproches semblables à la seconde observation, qui est également consignée dans le journal des mêmes auteurs (1). La tumeur, qui fut enlevée avec succès par *Prieger*, sur une femme de cinquante-trois ans, pesait deux livres trois quarts. Les gros vaisseaux furent liés aussitôt qu'ils furent divisés; ces vaisseaux étaient l'auriculaire, la maxillaire externe, et les artères que la carotide externe envoie à la parotide.

En Angleterre, M. *Goodlad*, de Bury, dans le comté de Lancashire, a enlevé, dans ces derniers temps, la glande parotide comprise dans une tumeur immense située au côté gauche de la face et du cou. Il commença par lier la carotide pour se mettre à l'abri de toute hémorrhagie dangereuse. L'on mit à découvert les muscles digastrique, mylo-hyoïdien, la branche de la mâchoire, et l'on emporta le muscle masseter, qui paraissait altéré. La guérison ne fut pas durable; quinze mois après la malade succomba, la maladie avait récidivé.

Un cas de la même nature que le précédent s'est présenté à *Carmichaël*: la tumeur occupait tout l'espace compris entre la base du crâne, le conduit auditif, l'apophyse mastoïde et l'angle de la mâchoire; elle s'étendait profondément jusqu'à l'apophyse transverse de l'atlas: l'opération fut suivie de succès, et l'on remarqua une paralysie des muscles de la face du côté opéré (2).

En France, l'extirpation de la glande parotide a été de nouveau pratiquée à Paris, par M. *Lisfranc*, en 1826, et la même année par

(1) Med. chirurg. Transact., tom. 7.

(2) Trans. of the king's and queen's college of physicians, tom. 2. (*Dublin.*)

M. *Idrac*, de Toulouse. Le cas qui nécessita l'opération de M. *Lisfranc*, était une tumeur fibreuse qui recouvrait la branche de la mâchoire, l'échancrure parotidienne, la moitié supérieure du cou, et qui s'étendait le long du trajet de l'artère carotide primitive. La glande parotide était située au-devant de cette tumeur. La malade succomba le seizième jour après l'opération. La pièce pathologique fut disséquée en présence des membres de l'académie de chirurgie, et cette société savante put se convaincre que la glande parotide avait été complètement enlevée.

Quant à l'opération de M. *Idrac*, dont l'observation est rapportée dans les *Éphémérides médicales de Montpellier*, l'extirpation de la glande parotide y paraîtrait peut-être un peu douteuse. Il nous semble, en effet, assez difficile de comprendre comment M. *Idrac*, qui dit avoir mis à découvert les trois muscles qui s'attachent à l'apophyse styloïde, le muscle digastrique, la face interne du muscle ptérygoïdien interne, ainsi que la face inférieure de l'apophyse mastoïde, a pu achever sa dissection sans ouvrir un vaisseau, et sans avoir besoin de faire d'autre ligature que celle du pédicule central de la tumeur dans lequel on sentait les pulsations d'une artère. L'on a fait observer à ce sujet que, pour arriver à une telle profondeur sans hémorrhagie, il aurait fallu, où que la parotide eût été singulièrement affaissée et refoulée en dedans, et alors elle n'aurait pas été enlevée, où que ses artères eussent été oblitérées par l'effet de la lésion organique qui constituait la tumeur, et jusqu'ici M. *Lisfranc* seul a fait mention de cette oblitération des vaisseaux.

Peut-être ai-je déjà discuté trop longuement la possibilité de cette opération; mais le sujet me paraissait d'une trop haute importance pour ne pas chercher à l'éclaircir de toutes les observations et de tous les faits que j'ai pu réunir. Il me reste encore à parler des procédés opératoires que l'on pourrait mettre en usage pour pratiquer cette extirpation; il me reste à exposer les deux observations qui y sont relatives: mais peut-être que, pour rendre plus claire cette partie de la question, il serait à propos de jeter un coup-d'œil sur

l'anatomie de la glande parotide, et sur les rapports importants qu'elle présente avec les nombreuses parties qui l'entourent.

La parotide est une glande considérable, située à la partie latérale et inférieure de la tête, vers la région postérieure des joues. Elle occupe l'espace compris entre la partie inférieure du conduit auditif externe, le devant de l'apophyse mastoïde, l'angle de la mâchoire inférieure; s'étend jusque sur le muscle masseter, et avoisine l'arcade zygomatique. Elle est à peu près ovale, légèrement aplatie de dehors en dedans, et allongée de haut en bas. Sa face externe est bosselée; elle est séparée de la peau par une couche de tissu cellulaire assez dense, dans laquelle sont renfermées quelques fibres du muscle peaucier, des filets nerveux du nerf facial, une branche ascendante du plexus cervical, et des rameaux veineux qui vont se rendre dans la veine jugulaire externe. La face postérieure de la parotide recouvre une portion du masseter; elle est appliquée sur l'articulation de la mâchoire inférieure, sur le bord postérieur des branches de cet os, et elle se prolonge plus ou moins sur sa face externe. Entr'elle et les branches de la mâchoire se trouvent de haut en bas l'artère et la veine temporales superficielles, ensuite le nerf facial, qui croise la direction des vaisseaux au niveau du col du condyle, et qui est enveloppé dans les granulations profondes de la glande; puis l'artère faciale transverse, plusieurs veines qui se ramifient dans les lobules sécréteurs, enfin la branche cervico-faciale et la fin du ligament stylo-maxillaire.

En arrière, la glande parotide est fixée d'une manière assez solide, de haut en bas et de devant en arrière, d'abord au conduit auditif, puis au-devant de l'apophyse mastoïde et du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. Elle recouvre, entre l'oreille et l'apophyse que je viens de nommer, l'artère auriculaire postérieure.

En dedans, elle repose sur le tronc du nerf facial et sur trois petits rameaux qui s'en détachent au moment où il sort du trou stylo-mastoïdien; ensuite sur l'apophyse styloïde, sur le tronc de la carotide externe, en arrière duquel la glande envoie un prolongement

qui s'étend quelquefois très-profondément , et qui est appliqué sur le glosso-pharyngien , sur la veine jugulaire et l'artère carotide interne. Dans cet endroit , la glande et les artères sont tellement réunies , qu'il est presque impossible d'enlever la première sans intéresser le tissu des autres.

L'extrémité inférieure de la parotide répond encore à l'artère occipitale et à l'artère pharyngienne inférieure , qu'elle recouvre. Elle se prolonge entre les muscles ptérygoïdiens et l'apophyse styloïde , jusqu'au pharynx , en passant entre la carotide externe et le ligament stylo-maxillaire. C'est dans ce dernier sens que la glande parotide se continue , chez quelques sujets , avec la glande sous-maxillaire.

On peut la considérer comme formée par un assemblage de petits lobules isolés les uns des autres par du tissu cellulaire. Ces lobes sont eux-mêmes composés de lobes plus petits , auxquels on a donné le nom de *grains glanduleux*. Les vaisseaux et les nerfs qui entrent dans sa composition sont fournis , les uns par la carotide externe , les autres par les nerfs de la cinquième et de la septième paire. Les rameaux artériels serpentent d'abord dans l'intervalle des lobules , et finissent par pénétrer les grains glanduleux et s'y perdre. Les veines , partout contiguës aux artères , suivent un mode de distribution absolument analogue.

De la circonférence que la glande présente en avant sort , à peu de distance de l'arcade zygomatique , le canal de *Sténon* , qui , après avoir traversé un opercule que lui présente le buccinateur , vient s'ouvrir dans la bouche , dont il perce obliquement la membrane muqueuse , en face de l'intervalle des deuxième et troisième dents molaires supérieures.

D'après cet exposé des rapports de la parotide , l'on peut juger de quelle gravité doivent être les tentatives d'extirpation de cette glande. Il est évident que son union intime avec l'artère carotide externe , qui est encore favorisée par l'exubérance morbide qu'elle est susceptible d'acquérir , doit nécessiter d'une manière absolue la lésion de ce vaisseau. J'insiste sur cette dernière circonstance ; car elle est d'une im-

portance si grande , qu'elle seule suffit pour faire admettre ou rejeter les différentes observations publiées sur le sujet que je discute. J'y insiste avec d'autant plus de force que j'ai pour moi l'autorité d'un praticien célèbre, M. le professeur *Richerand*, qui s'exprime ainsi dans le discours sur les progrès récents de la chirurgie : « L'extirpation complète de la parotide cancéreuse était presque impossible avant que la ligature de la carotide externe fût devenue une opération facile , et pour ainsi dire vulgaire. En effet , l'ablation entière de ce corps glanduleux supposait la lésion du tronc artériel , blessure grave et presque nécessairement mortelle , et lorsqu'on ignorait l'art d'en prévenir les suites en faisant la ligature du vaisseau derrière et au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure. Rassuré contre le danger de l'hémorrhagie , le chirurgien pratique alors avec sécurité l'éradication totale de la glande. » Partant de ce point, quelques chirurgiens mettent en doute s'il serait plus utile , dans l'opération dont il s'agit , de lier préalablement l'artère carotide , ou s'il serait plus convenable d'établir sur le vaisseau une compression temporaire. *Carmichaël*, dont l'opération que j'ai citée fut compliquée par une hémorrhagie foudroyante , dit que , s'il avait à la recommencer , il voudrait , avant tout , lier le tronc de la carotide. M. *Goodlad* avait fait précéder l'extirpation de sa volumineuse tumeur de la ligature de cette artère. Tout en approuvant la prudence de cette conduite , l'on doit convenir aussi que cette opération préliminaire est à peu près inutile , et je m'appuie ici , pour soutenir cette proposition , des opérations de *Béclard* et de M. *Gensoul* ; dans toutes, l'artère carotide externe a été ouverte , et toujours elle a été liée avec autant de facilité que de promptitude.

La crainte que l'on avait de porter le fer sur la région de la parotide et d'intéresser le plexus artériel qui environne cet organe sécréteur , dut faire naître plusieurs procédés opératoires. Le premier que l'on imagina , consistait à étreindre la tumeur au moyen d'une ou de plusieurs ligatures. C'est *Roonhuysen* qui , je crois , le proposa et l'exécuta le premier , et voici comment on opérait. Après avoir fait à

la peau une incision cruciale ou en T, l'on disséquait les lambeaux, puis lorsque la tumeur était bien à découvert, si elle n'avait pas beaucoup d'étendue, on en comprenait la base dans une ligature simple. Mais si, au contraire, elle était très-volumineuse, on la traversait de devant en arrière avec une longue aiguille médiocrement courbée, et garnie d'un double cordon formé de plusieurs fils cirés. Les cordons séparés, on faisait une ligature en haut et une autre en bas, puis l'on pansait simplement. Ce procédé, qu'un chirurgien distingué de la Suisse a dernièrement reproduit avec avantage pour une tumeur énorme située sur les parties latérales du cou, ne peut être utile dans le cas qui nous occupe que lorsqu'il importe d'attaquer de très-grosses tumeurs lymphatiques, et il est très-probable que c'est sur des tumeurs de cette nature que *Roonhuysen* a expérimenté. Au reste, il ne pourrait pas être applicable, si l'on reconnaissait la nécessité d'extraire la totalité de la parotide. Comment, en effet, se flatter de cerner avec une ligature les parties les plus profondes d'une glande, dont une portion cachée derrière la branche de la mâchoire échappe même dans quelques cas à l'action du bistouri?

Un autre procédé se trouve consigné dans les œuvres chirurgicales publiées par *Desault* et *Chopart*. Ces chirurgiens célèbres conseillent de retrancher une portion de la glande parotide avec l'instrument tranchant, et de détruire peu à peu le reste avec des caustiques, lorsque la crainte de l'hémorrhagie en empêcherait l'extirpation. Ce précepte présente des inconvéniens si grands, que personne, j'imagine, n'a été tenté de le mettre en pratique. En effet, outre les accidens qui pourraient être causés par l'application d'une substance caustique sur une partie profonde et bornée de tous les côtés par des saillies osseuses, la chute des escharres ne pourrait-elle pas être suivie d'hémorrhagies d'autant plus inquiétantes qu'elles seraient moins prévues.

J'en ai dit assez, je le pense, pour faire sentir l'insuffisance des différens moyens que j'ai cités et les inconvéniens qui sont attachés à leur exécution; et comme l'expérience et le raisonnement doivent être les seuls arbitres des procédés opératoires, je suis conduit à parler de l'ex-

tirpation complète de la glande parotide, moyen très-grave, il est vrai, mais le seul à opposer aux hypertrophies, et surtout aux affections cancéreuses de cet organe. Je ne m'occuperai pas ici de la description du manuel de cette opération; ces détails se trouveront exactement indiqués dans les observations suivantes, que M. *Gensoul* a bien voulu me communiquer.

I^{re}. OBSERVATION.

Jean-Michel Faure, âgé de soixante-trois ans, fabricant de galons à Lyon, doué d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, s'aperçut, dans les premiers jours d'avril 1824, d'une tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau et de la grosseur d'une fève, située sur la parotide droite. D'abord stationnaire, cette tumeur fit bientôt des progrès rapides; la peau devint rouge, s'ulcéra, et laissa couler une sanie grisâtre.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 16 juillet 1824, la tumeur avait acquis le volume d'un œuf de poule, et était le siège de douleurs si violentes, que le malade avait perdu le sommeil. Elle ne paraissait pas adhérente à la parotide; quelques orifices fistuleux, situés à sa partie supérieure, laissaient écouler continuellement un fluide séreux et limpide. Je plongeai une lancette sur un point fluctuant qui se trouvait au centre; il s'écoula une petite quantité de sang mêlé à quelques stries d'une matière grise. Quelques jours après, le malade, souffrant beaucoup moins, se crut guéri, et voulut sortir de l'hôpital malgré mes observations; mais, ainsi que je l'avais prévu, il rentra le 4 septembre suivant. Alors la tumeur, qu'il avait imprudemment irritée par des topiques, avait acquis un volume plus considérable; les bords de l'ulcération étaient boursoufflés, renversés, et d'un aspect grisâtre; la surface fournissait en abondance une sanie fétide. La tumeur était toujours un peu mobile; mais alors elle semblait tenir à la parotide, qui était elle-même tuméfiée et très-douloureuse. Le malade souffrait beaucoup; il lui semblait, disait-il, qu'on enfonçait dans la partie affectée plusieurs pointes d'aiguille.

Je fis placer quelques sangsues autour de cette glande , et plusieurs jours après répéter encore la même application. Ces évacuations sanguines eurent pour résultat de diminuer un peu l'engorgement inflammatoire des parties voisines de la tumeur , mais les progrès de la maladie ne furent nullement ralentis ; il se formait sur la partie ulcérée , qui s'agrandissait tous les jours , des escharres qui répandaient l'odeur fétide particulière aux affections cancéreuses.

La largeur de la base de cette tumeur , sa situation sur les parties latérales du cou , et le caractère de l'ulcération , firent penser à un chirurgien habile dont je voulus réclamer les avis que cette maladie était au-dessus des ressources de l'art , et il la désigna sous le nom de *noli me tangere*. Effrayé par ce conseil , je laissai quelques jours encore le malade en proie à ses douleurs ; mais l'accroissement rapide de l'ulcère , les souffrances et le désespoir de cet homme , qui me suppliait de l'arracher à la mort , me décidèrent à tenter l'extirpation de la tumeur et de la glande parotide : je pratiquai l'opération le 20 septembre 1824.

Le malade étant assis et convenablement fixé , je cernai la tumeur par deux incisions semi-elliptiques de six pouces de hauteur , laissant entr'elles dans leur partie moyenne trois pouces d'intervalle : ces incisions furent dirigées dans le sens du diamètre longitudinal de la parotide. Après avoir séparé la tumeur du masseter , du bord parotidien de la mâchoire et de l'apophyse mastoïde , j'essayai vainement de déchirer les adhérences profondes qui la retenaient. Alors le sang coulant de toutes parts , et le volume de la tumeur gênant la dissection de sa base , j'en enlevai ce qui était libre en coupant dans son épaisseur , pendant que les doigts des aides s'opposaient à l'hémorrhagie. La dissection fut continuée à l'aide de la sonde cannelée et avec les ongles ; enfin ce qui restait de la parotide fut saisi avec une pince , et enlevé avec des ciseaux courbes sur leur plat. Onze artères furent liées successivement , y compris la carotide externe. La possibilité de promener les doigts sur les muscles masseter , ptérygoïdien , sterno-mastoïdien , sur le bord postérieur de la mâchoire , les apophyses

mastoïde et styloïde, me confirma dans la certitude que j'avais enlevé toute la parotide.

Je rapprochai et je maintins les lèvres de la plaie réunies avec des bandelettes agglutinatives ; je fis arroser de temps en temps l'appareil avec de l'eau très-froide, pour prévenir, s'il était possible, ou du moins pour modérer l'intensité de l'inflammation.

La tumeur soumise à la dissection était composée d'une masse de tubercules gangliiformes, d'un tissu grisâtre, lardacé, élastique : quelques-uns de ces ganglions étaient ramollis, diffluens dans leur centre. Au-dessous d'eux se trouvait un véritable tissu squirrheux, au-delà duquel on rencontrait quelques grains glanduleux de la parotide qui n'offraient d'autre altération qu'un léger accroissement de volume. Le tronc du nerf facial s'apercevait sur la face postérieure de la tumeur, et l'on voyait sur le bord antérieur une petite portion du canal de *Sténon*.

La plaie marcha régulièrement vers la cicatrisation, et le 28 octobre, jour de la sortie du malade, elle était réduite à la dimension d'une pièce de 10 sous. Cependant, sur cette surface, il repullula des végétations fongueuses qui obligèrent Faure à rentrer à l'Hôtel-Dieu, le 11 novembre. Je me hâtai d'enlever tout ce qui paraissait de nature squirrheuse, et ne craignis pas de porter le bistouri jusques sur le ptérygoïdien interne. Cette nouvelle plaie se ferma promptement ; mais des douleurs lancinantes, et quelques duretés se firent bientôt sentir au-devant du tragus, et à la partie supérieure de la cicatrice ; alors j'enlevai le tragus, et la partie antérieure cartilagineuse du conduit auditif, disséquant l'articulation temporo-maxillaire, avec grand soin de ne pas pénétrer dans la synoviale. L'effet de cette nouvelle opération fut la disparition des douleurs, et la cicatrisation parfaite de la plaie. Le malade éprouvait par fois des douleurs de tête, elles cédèrent à quelques applications de sangsues et au régime. Enfin, Michel Faure sortit de l'hôpital en pleine santé, le 9 janvier 1825 ; la cicatrice était linéaire, blanchâtre et très-solide : le doigt ne sentait aucune dureté au-dessous d'elle ; la peau environnante of-

frait la couleur et la sensibilité naturelle ; la face était tirée à gauche par la contraction des muscles du même côté et la paralysie de ceux du côté droit. Elle était parfaitement unie dans le dernier sens, tandis qu'à gauche elle était sillonnée par quelques rides. Ce côté seulement était mis en jeu dans l'expression des passions, quoique les mouvemens musculaires ne fussent que très-incomplètement paralysés, car le malade pouvait encore ouvrir et fermer l'œil (il est à remarquer cependant que la paupière inférieure était en partie renversée en dehors depuis l'opération), et agiter un peu les lèvres du côté droit. Ces parties paraissaient de jour en jour prendre plus de force.

Faure était à peine sorti de l'Hôtel-Dieu, que voulant, disait-il, célébrer son retour à la santé, il se livra aux excès de la table; l'eau-de-vie était sa boisson favorite, et pendant plusieurs jours on le vit plongé dans l'ivresse la plus complète. Il ne tarda pas à se développer une inflammation violente de l'appareil gastro-hépatique, des douleurs aiguës se firent sentir dans l'hypochondre droit, le foie se tuméfia énormément, la langue se sécha, se colora en jaune verdâtre, et un état de somnolence, des vomissemens fréquens et une constipation opiniâtre précédèrent la mort, qui eut lieu le 16 juin 1825, six mois après la guérison de la plaie, résultat de l'opération (1).

La nécropsie montra derrière l'angle de la mâchoire un corps fibreux soutenant la cicatrice, et l'unissant aux parties plus profondément situées; la portion cartilagineuse du conduit auditif, coupée

(1) J'insiste sur ces dates, parce qu'il importe, dans l'intérêt de la vérité, de rectifier une erreur qui s'est glissée dans l'un des numéros des *Éphémérides médicales* de Montpellier. L'auteur de l'article, mal informé sans doute, prétend que l'un des malades opérés par M. *Gensoul* est mort à la suite de l'opération. Mais je le demande, est-ce mourir d'une opération que de succomber six mois après, et de présenter des altérations pathologiques de l'appareil digestif semblables à celles que l'autopsie du cadavre de Faure a dévoilées?

jusqu'à la partie osseuse du temporal; le nerf facial, divisé à quelques lignes de sa sortie du trou stylo-mastoïdien, l'artère carotide externe divisée et oblitérée à un pouce au-dessous de l'angle maxillaire; le canal de *Sténon* finissant à un demi-pouce de son embouchure dans la bouche. *L'on ne retrouva aucun vestige de la glande parotide.*

Je pratiquai sur le cadavre l'ablation de la parotide du côté opposé à celui où je l'avais enlevé sur le vivant, et il fut impossible à tous les assistans de découvrir une différence sensible entre l'un et l'autre côté.

La membrane muqueuse gastro-duodénale était d'une couleur rouge violacée, le foie énorme et rempli de tubercules; plusieurs d'entr'eux étaient ramollis et remplis d'un fluide semblable à du jaune d'œuf; le cœur était très-petit, et son tissu ramolli; les gros vaisseaux étaient fortement injectés.

II°. OBSERVATION.

Éléonore Torgue, âgée de trente-neuf ans, douée d'une forte constitution, habituellement bien réglée, ayant joui pendant toute sa vie d'une santé parfaite, s'aperçut, au commencement de 1821, de l'existence d'une tumeur qui s'était développée au-devant du lobule de l'oreille gauche, et présentait le volume d'une noix de médiocre grosseur; elle était mobile sous la peau, son enveloppe unique; la couleur de cette membrane n'était point altérée; la pression ne donnait lieu à aucune douleur. Ce ne fut qu'au bout de quelques mois que, la tumeur augmentant considérablement, mademoiselle Torgue songea à consulter quelques médecins à Grenoble et à Lyon: les uns lui conseillèrent des applications de sangsues, des fumigations émollientes; d'autres, des vésicatoires aux bras, des frictions avec la pommade iodurée; d'autres enfin des médicamens internes, etc., etc. Tous ces moyens furent sans résultats. Bientôt quelques douleurs aiguës traversèrent la tumeur, et celle-ci augmenta tellement de volume,

que la malade se décida à entrer dans les salles de clinique de l'Hôtel-Dieu, le 9 avril 1826, et à se soumettre à une opération, quelque grave qu'elle pût être. A cette époque, la tumeur avait acquis le volume des deux poings; elle offrait au toucher la sensation d'un corps bosselé, inégal, dur, indolent, sans aucun changement de couleur à la peau; elle s'enfonçait, et adhérait fortement derrière le bord parotidien de la mâchoire inférieure, et s'étendait depuis l'apophyse zygomatique jusqu'au tiers supérieur du cou.

Après avoir mûrement examiné cette tumeur, qui, par rapport à son siège et à la profondeur de sa base, avait été jugée comme placée de manière à échapper aux ressources de l'art, je pensai qu'on pouvait espérer d'arracher cette malade à une mort certaine, en ayant soin de se disposer, en cas d'hémorrhagie (qui était le seul accident à craindre), à comprimer et même à pratiquer la ligature de l'artère carotide primitive, si le cas devenait urgent. Le 17 avril, je procédai à l'opération, en présence de plusieurs chirurgiens distingués de la ville, et d'un grand nombre d'élèves.

La malade, placée sur un lit, était couchée sur le côté droit, la tête un peu élevée. Je me plaçai à droite, et avec un bistouri convexe, je fis une incision verticale de sept pouces de longueur, étendue de l'apophyse zygomatique à deux pouces au-dessous de l'angle de la mâchoire : cette première section intéressa seulement la peau, qui fut disséquée avec soin de chaque côté de la tumeur; celle-ci, mise à découvert, fut soulevée avec une érigne; sa circonférence adhérait aux parties voisines, au moyen d'un tissu cellulaire lâche : je fis la dissection de bas en haut, avec beaucoup de circonspection. Malgré toute l'attention que j'y apportai, l'artère carotide externe fut intéressée. (J'ai reconnu depuis, par une dissection attentive de la parotide sur le cadavre, que cet accident était inévitable lorsqu'on voulait enlever cette glande.) Le jet de sang, qui s'échappait avec beaucoup de force, fut aussitôt suspendu par la ligature du vaisseau, et je terminai l'extirpation complète de la tumeur sans qu'aucun nouvel accident vint l'interrompre. On put voir alors à découvert une sur-

face étroite , mais profonde , qui présentait en avant le masseter , en arrière le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien ; en haut , la plaie était bornée par l'apophyse zygomatique ; dans le fond et en bas , on apercevait l'apophyse styloïde et tous les muscles qui y prennent leur attache ; l'artère carotide interne , la veine jugulaire interne , ainsi que le nerf pneumo-gastrique , étaient entièrement à découvert près de leur entrée dans le crâne : le nerf de la septième paire avait été divisé à sa sortie du trou stylo-mastoïdien.

Les lèvres de la plaie furent rapprochées au moyen de simples bandelettes agglutinatives. Ce mode de pansement fut continué jusqu'à la guérison , qui fut complète le trentième jour. La ligature passée autour de l'artère carotide tomba le quatorzième , et la fille Torgue sortit de l'Hôtel-Dieu parfaitement guérie. Seulement la cicatrice est fortement déprimée ; elle a conservé environ cinq pouces de longueur , et la face est paralysée du côté où l'opération a été pratiquée. Depuis , j'ai revu souvent la malade , et dernièrement encore le 20 mai 1828 , et j'ai remarqué que la cicatrice , qui était d'abord très profonde , s'est un peu relevée ; que la paralysie des muscles de la face était moins sensible. Cependant le côté gauche de la face reste encore étranger à l'expression des passions ; les muscles du côté droit entraînent encore ceux du côté opposé ; la bouche est encore déviée , la paupière inférieure reste encore un peu abaissée ; au total , la difformité est moindre que pendant les premiers jours qui suivirent l'opération.

Ces deux observations confirment les conclusions que M. *Bérard* a tirées de l'opération pratiquée par *Béclard* ; c'est-à-dire , 1°. que l'on peut enlever complètement la glande parotide squirrheuse ; 2°. que l'on intéressa nécessairement dans cette opération l'artère carotide externe , et les grosses artères qui en partent ; 3°. qu'il est absolument impossible d'épargner le nerf facial , et que la paralysie d'un côté de la face est une conséquence inévitable de cette lésion.

Ce travail , que l'on me pardonnera , je l'espère , d'avoir eu la témérité d'entreprendre , est terminé. Le titre que je lui avais assigné ,

me renfermait dans des limites que je n'ai pas dû franchir ; et moi-même , n'ayant eu que l'intention de prouver la possibilité de l'extirpation de la glande parotide , je me suis abstenu de parler des différens modes d'altération du tissu de cet organe , qui pourraient la nécessiter. M'occupant uniquement du sujet que j'avais embrassé , j'ai cité plusieurs auteurs du siècle précédent qui proclamaient comme hors de doute une opération si contestée de nos jours ; et , tout en faisant une large part des erreurs de diagnostic qu'ils avaient pu commettre , et en rejetant leurs opérations , dont l'authenticité n'est pas confirmée par des détails anatomiques , j'ai cherché à démontrer , par l'opposition d'observations récentes , que peut-être l'on avait tort de nier d'une manière trop absolue une opération qui cependant avait été pratiquée. Après quelques détails sur l'anatomie descriptive et topographique de la glande parotide , détails que j'ai crus nécessaires pour donner plus de précision à ce travail , j'ai exposé rapidement les différens procédés opératoires que la crainte de l'hémorrhagie avait fait concevoir ; j'ai montré l'insuffisance des uns ; j'ai parlé des dangers que pourrait entraîner l'application des autres , et je suis arrivé à tirer cette conclusion : que l'extirpation de la parotide était la dernière et la seule chance de salut dans les cas où l'altération de cette glande compromettrait la vie du malade ; puis j'ai cité , à l'appui de mon opinion , deux observations recueillies à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Les opérations ont été pratiquées par un homme zélé pour la recherche de la vérité , et je les abandonne avec confiance aux méditations de mes juges.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ex vehementibus vulneribus, convulsio, aut tetanus, malo est
Sect. 7, aph. 13.

II.

Ex ictu in capite accepto, stupor aut desipientia, malo est.
Sect. 7, aph. 14.

III.

Qui tetano corripuntur, intra quatuor dies pereunt; si tamen hos effugerint, sanescunt. *Sect. 5, aph. 6.*

IV.

Erysipelas foras effusum intro verti minimè bonum, at ab interioribus foras, bonum. *Sect. 6, aph. 25.*

V.

Convulsioni febrem supervenire melius est, quam convulsionem febris. *Sect. 2, aph. 26.*

VI.

Quaecumque non sanant medicamenta, ea ferrum sanat. Quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat. Quæ verò ignis non sanat, ea incurabilia existimare oportet. *Sect. 8, aph. 6.*

